

**1 - O manuseio anestésico da estenose aórtica tem como objetivos:**

- a) Reduzir a pré-carga do ventrículo esquerdo.  F  V
- b) Aumentar a PaO<sub>2</sub> para reduzir a resistência vascular pulmonar.  F  V
- c) Levosimedan intravenoso para aumentar a contratilidade cardíaca.  F  V
- d) Evitar o aumento súbito na pós-carga sob risco de isquemia miocárdica.  F  V
- e) Os anestésicos que diminuem a frequência cardíaca podem precipitar falência do ventrículo esquerdo.  F  V

**2 - Homem, 60 anos, 1,75 m e 95 kg será submetido à ressecção de glioma de tronco encefálico na posição sentado. Nesta situação, é importante considerar:**

- a) Os potenciais evocados auditivos do tronco encefálico são de grande valia para a monitorização da sua viabilidade durante cirurgias na fossa posterior.  F  V
- b) A taquicardia é a arritmia mais observada durante a manipulação da fossa posterior.  F  V
- c) A embolia aérea venosa é uma complicação incomum da cirurgia de fossa posterior em posição sentada.  F  V
- d) Na embolia aérea venosa, a capnografia mostra um aumento súbito do CO<sub>2</sub> exalado associado à hipotensão arterial.  F  V
- e) Quando a embolia aérea venosa é detectada, é necessário realizar a compressão manual das jugulares e aspiração do cateter central.  F  V

**3 - Homem, 72 anos, 68 Kg, 1,72 m, submetido à prostatectomia transuretral sob raquianestesia. Apresenta-se na sala de recuperação pós-anestésica com pressão arterial 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 62 bpm e temperatura de 35,4°C, sem queixas de tremores e se encontra incapaz de mover os membros inferiores. Temperatura ambiente de 16°C. Nessa situação:**

- a) A hipotermia não intencional é incomum durante anestesia regional.  F  V
- b) A temperatura central está elevada devido à vasodilatação periférica.  F  V
- c) A redistribuição interna de calor corporal é a maior causa inicial de hipotermia.  F  V
- d) A diferença de temperatura da pele e da sala contribui para hipotermia pela irradiação, que corresponde a 60% da perda de calor.  F  V
- e) O conforto térmico pós-operatório após raquianestesia é consistente com o prejuízo termorregulatório da informação térmica aferente.  F  V

**4 -** Homem, 65 anos, 1,75 m e 80 kg, hipertenso, diabético e portador de marca-passo, submetido à retossigmoidectomia laparoscópica sob anestesia geral e peridural. Cirurgia com dificuldade técnica, tempo prolongado e sangramento moderado. Após 3 horas de procedimento, passou a cursar com tendência à hipotensão e taquicardia. Nesse caso:

- a) A hipotensão arterial sistêmica é condição obrigatória em todos os tipos de choque.  F  V
- b) Sinais de hipoperfusão tecidual e hiperlactatemia consolidariam o diagnóstico de choque.  F  V
- c) O aumento na resistência vascular sistêmica e baixa extração de oxigênio caracterizam um choque séptico.  F  V
- d) Um baixo débito cardíaco poderia estar presente em caso de choque hipovolêmico ou cardiogênico.  F  V
- e) O diagnóstico da causa deve preceder qualquer medida terapêutica na abordagem inicial ao paciente com choque.  F  V

**5 –** Homem, 82 anos, 1,72 m, 70 kg, hipertenso não controlado, será submetido à endarterectomia de carótida sob anestesia geral. Em relação às alterações esperadas nesse paciente idoso:

- a) O aumento da resposta às drogas beta adrenérgicas nesse paciente limita o uso de beta agonistas como a dobutamina.  F  V
- b) Por ter diminuição da resposta central à hipóxia e à hipercapnia, está mais sujeito a sofrer depressão respiratória no pós-operatório.  F  V
- c) Apresenta número de sinapses cerebrais preservadas, apesar de ter maior risco de delírio pós-operatório por redução na plasticidade cerebral.  F  V
- d) A redução da capacidade residual funcional em relação à capacidade de fechamento favorece o aparecimento de atelectasia no pós-operatório.  F  V
- e) São dependentes da pós carga e da contração atrial para manter o débito cardíaco, então pequenas alterações no volume sanguíneo representam uma queda no débito cardíaco.  F  V